

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 178

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA LÈPRE

A LYON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SEU (ÉMILE-DENIS) DE ROUVILLE

Né à Rochemond (Drôme), le 9 octobre 1873



LYON

• IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WAITENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 178

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA LÈPRE

A LYON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SEU (ÉMILE-DENIS) DE ROUVILLE

Né à Rochemante (Drôme), le 9 octobre 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRAPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNÔIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON.	(A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VAILLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. CONDAMIN, Assesseur ;
MM. PAVIOT et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES AMIS

PRÉFACE

M. le professeur Poncet, à qui revient l'idée première de cette étude, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Nous ne saurons oublier les leçons si claires et si précises que M. le professeur Bard nous donnait au laboratoire d'hygiène. C'est un devoir pour nous de le remercier.

Le souvenir de M. le professeur agrégé Rochet nous restera cher à plus d'un titre. C'est à lui que nous devons la pratique de la chirurgie infantile, apprise en remplissant les fonctions d'externe dans son service à l'Antiquaille. Mais, c'est surtout pour les soins qu'il nous a donnés dans une circonstance malheureuse, que nous lui avons voué la reconnaissance la plus profonde. Nous devons également, et au même titre, remercier M. le professeur Renaut.

M. Jaboulay, chirurgien des Hôpitaux, s'est toujours montré pour nous d'une amabilité parfaite, qui nous a vivement touché. Nous reviendrons souvent suivre ses opérations.

Nous emportons le meilleur souvenir de MM. les professeurs agrégés Pic et Paviot.

Nous remercions M. Rivière des marques d'amitié qu'il nous a si souvent données.

Aux nombreux amis que nous laissons à Lyon nous souhaitons de nombreux succès à la Faculté et dans les Hôpitaux.

CONSIDERATIONS GENERALES

La lèpre a partagé le sort de la tuberculose et de la syphilis, ses sœurs, jusqu'au moment de la découverte de son microbe. Depuis ce jour seulement, la nature de la maladie, ses modes de développement et de transmission ont pu être compris et expliqués.

La lèpre est maintenant une affection contagieuse à évolution lente et paroxystique, caractérisée par la présence, dans l'organisme, d'un bacille spécifique, le bacille de Hansen-Neisser. D'aspect, le rapprochant du bacille de Koch, il en diffère par le nombre qui est infiniment plus grand que celui du bacille tuberculeux et par ses procédés de coloration ; en outre, il n'est pas inoculable aux animaux.

Nous sommes loin, on le voit, de la lèpre de Moïse, qui s'attachait aux murs des maisons, aux plantes et aux animaux.

Les dermatoses les plus diverses étaient considérées comme des manifestations lèpreuses ; peut-être faut-il voir là l'origine de ce nom qui dérive de λεπις, écaille.

Hippocrate la confondait avec les alphos, les leucés et les lichens, sous le nom de difformité plutôt que de maladie.

Cependant, Hérodote, le contemporain d'Hippocrate, appelle lèpre une affection cutanée, très grave, nécessitant un isolement complet.

Les Latins ont confondu avec la vraie lèpre des Grecs, l'éléphantiasis des Arabes.

Au Moyen-Age, que de malades atteints de favus de tricophytie, de gale, de psoriasis, d'éléphantiasis des Arabes, d'eczémas, de lupus, d'impetigo, d'affections nerveuses diverses: zona, pemphigus, ecthyma, ichthyose, gangrènes cutanées, d'ulcères et de cancers n'ont-il pas été englobés dans cette malédiction qui poursuivait le ladre et le faisait exiler des villes dans une des 19,000 léproseries de la chrétienté.

Il suffit de lire ces guérisons fréquentes, attestées par les contemporains, pour douter de la valeur de leur diagnostic. L'existence de la lèpre, à cette époque, ne peut pourtant être niée.

« Nous ne chercherons pas à établir, écrit M. Violet-Leduc, si la lèpre fut importée en France par les croisés, ou si cette maladie existait déjà, dès l'époque celtique, sur le sol occidental de l'Europe (V. Labourt: Recherches sur l'origine des ladreries, léproseries). Ce qu'il est difficile de nier, c'est que cette maladie ou une maladie certainement analogue, qui était, ou que l'on croyait contagieuse, existait sur toute la surface de l'Europe au XII^e siècle, même dans les contrées qui n'avaient envoyé personne en Palestine »

Saint Grégoire de Tours nous apprend que, de son temps (VI^e siècle), il existait des léproseries et qu'on avait soin de les bâtir hors des villes.

Le 5^e Concile d'Orléans (549) les recommanda à la charité particulière des évêques, recommandation répétée par le Concile de Lyon (589), « Afin, disent les Pères assemblés, que l'Eglise leur fournissant le nécessaire, ils ne puissent avoir aucun prétexte pour se mêler aux autres hommes.

Pépin fit de la lèpre un cas de dissolution du mariage.

Sous Philippe V les lépreux furent accusés d'avoir empoisonné les puits et les fontaines de complicité avec les juifs. Cette accusation cachait aux yeux du public le désir de quelques ambitieux qui en profitèrent pour s'emparer des biens des ladreries après avoir torturé ou pendu les misérables lépreux. Malgré cela la situation du lépreux était, paraît-il, très enviable et l'on voit des vagabonds (malandrins) simuler le mal qui excitait la pitié commune et, sous cette apparence menteuse, se présenter dans les léproseries. Aussi dut-on édicter contre eux des peines très sévères.

Après le Moyen-Age la lèpre paraît aller en diminuant et peu à peu on finit par ne plus en parler au point que beaucoup de personnes la croient à peu près disparue du globe; le tableau succinct de sa répartition suffira pour convaincre les plus incrédules que la lèpre peut encore nous réserver des surprises terribles.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA LÈPRE

C'est surtout dans les contrées populeuses et pauvres qu'il faut chercher la distribution de la lèpre.

L'Asie, par les habitudes peu hygiéniques de ses habitants, était un foyer tout indiqué pour conserver ce fléau. Les pèlerinages sacrés que l'on y organise, l'accumulation des foules qui s'y produit ont servi beaucoup à la contagion. La Chine et le Japon sont, après l'Hindoustan, les pays les plus atteints. La Perse, la Birmanie, le Turkestan comptent beaucoup de lépreux. L'Arabie doit à la Mecque des lazarets toujours bien pourvus.

Zambaco compte en Palestine environ 2,000 lépreux.

En Amérique, la Colombie est au premier rang avec 18,000 lépreux ; le Brésil n'en compte guère moins, et c'est de la Guyane que nous arrivent la plupart des lèpres importées en France.

Les Antilles et le Mexique sont assez éprouvés et il existe plusieurs foyers aux Etats-Unis ; on en compte même au Groënland.

En Océanie, la plupart des îles ont la lèpre à l'état

endémique et l'on sait que, depuis 50 ans, la lèpre a pris une telle extension aux îles Sandwich qu'un quinzième de la population est atteint et qu'on a dû prendre des mesures extraordinaires pour isoler les malades.

En Afrique, les foyers sont nombreux; les îles de l'Océan Indien ont de nombreuses léproseries et il doit être fait une mention spéciale pour Madagascar.

Toutes les côtes du littoral africain : Zanzibar, Mozambique, Cap, Guinée, Congo, Sénégal ont un nombre de lépreux considérable. Il en est de même du centre de l'Afrique. Madère compte 600 lépreux sur 130.000 habitants. L'Algérie compte peu de cas; il en existe davantage au Maroc, en Kabylie, en Tunisie et en Egypte.

En Europe, la lèpre n'est pas éteinte. La Turquie compte 4.000 lépreux, d'après Zambaco. La Grèce en compte 400 d'après Hadjimichali. La Russie en a plus de 4 000 (Mouzzine). La Norvège est en décroissance après avoir été le foyer principal. La lèpre sévit toujours en Portugal et en Italie comme l'atteste la léproserie encore existante de San-Remo, près de Gênes. En Espagne, Ehlers (Copenhague) a fait une enquête pour savoir à quel point le silence des Espagnols au Congrès de Berlin (octobre 1897) était justifié. Il a trouvé des léproseries dans toutes les provinces du sud, surtout à Séville et à Grenade. « A la léproserie de Séville, dit-il, j'ai observé 40 lépreux qui, pour la plupart, présentaient des formes d'une telle gravité, qu'on peut affirmer, rien que par ce fait, qu'il doit y avoir hors de l'hôpital quan-

tité de formes légères méconnues. » Il rappelle les travaux de Pocquet, Perret et Zuriaga pour signaler les progrès rapides et incessants faits par la lèpre dans cette région où elle fut introduite il y a une cinquantaine d'années. C'est par l'Est de l'Espagne que fut contagionnée l'Algérie comme l'ont constaté Gémy et Régnaut.

Ehlers ajoute qu'on trouve des lépreux partout, quand on sait les diagnostiquer. « C'est ainsi, dit-il, que, l'année dernière, au mois de juin, j'ai voyagé entre Nice et Cannes dans le même compartiment qu'un malade qui avait le visage couvert de lépromes ulcérés et qui ne cessait de se gratter et de cracher. Il y a huit jours, à mon retour d'Espagne, j'ai déjeuné au buffet de la gare d'Hendaye à côté d'une lépreuse qui avait des lépromes ulcérés ouverts. »

Ce n'est pas par Ehlers seulement qu'on a appris en France l'existence de foyers lépreux sur notre sol. Zambaco-Pacha, par une enquête minutieuse, a pu en découvrir de nombreux cas tout le long de la côte méditerranéenne malgré les mauvais vouloirs des municipalités. Il en a vu partout, à Marseille, aux Martigues, à Vitrolles, à Nice, à Grasse, à Eze. M. le professeur Chantemesse, M. le docteur Moriez en ont découvert une quinzaine à Nice, à Contes, Tourette, Lévens, etc... (Thèse de M. Perrin).

Leloir en a trouvé dans le Nord. Plusieurs régions de la France, la Bretagne, le Béarn ont conservé sans doute quelques restes des anciens lépreux. On trouverait certainement dans leurs cagots, leurs caqueux, leurs cascarots, leurs agotacs des quanti-

tés de lèpres à formes plus ou moins atténuées. Après les travaux de Zambaco et la persistance des foyers Méditerranéens on est en droit de penser que tous les centres qui furent jadis entourés de léproseries nombreuses peuvent conserver encore des cas de lèpre non diagnostiqués.

FORMES DE LA LÈPRE

Depuis Robinson (1819), Danielsen et Bœck (1848) et Leloir, la lèpre est divisée en :

1^o Lèpre systématisée tégumentaire (tuberculeuse et léonine).

2^o Lèpres systématisées nerveuses (anesthésique tropho-névrotique (*lepra nervorum*)).

3^o Lèpre mixte ou combinée formée par la réunion des deux.

L'incubation, très longue, demeure totalement silencieuse ; on a cité des cas de dix ans (Danielsen), de 14 ans (Landouzy), de 27 ans (Bidenkap) et 32 ans (Hallopeau).

Pour M. E. Besnier, ce contagé est comparable à ce grain de blé qui, après avoir séjourné pendant deux mille ans dans un sarcophage, sans y subir d'altération, donne un épi dès qu'il est semé dans un sol fertile.

La période d'invasion se manifeste d'abord par une anémie progressive avec état général mauvais et tendance invincible au sommeil ; le soir il existe

quelquefois des accès fébriles. Les troubles sensitifs des névrites lépreuses simulent la goutte, l'asphyxie locale des extrémités avec fourmillement, sensation de doigt mort, accès de sueurs profuses et parfois suppression des sudations habituelles.

Le coryza précocé, les épistaxis fréquentes témoignent de l'importance des lésions nasales et c'est là qu'il faudra rechercher le bacille.

La période d'état varie :

Dans la forme tuberculeuse le début se produit ordinairement par une tache isolée, par des macules symétriques à la face, aux sourcils, au front, sur le nez, sur les oreilles et du côté de l'extension des membres. Ces taches, érythémateuses ou pigmentées ressemblent à l'érythème polymorphe, à la syphilis ; vrais placards cutanés en bandes ou en cercles elles ont leurs parties centrales qui deviennent leucodermiques.

Les troubles sensitifs, au niveau de ces plaques pigmentées, sont quelquefois de l'anesthésie, souvent même dissociée. L'infiltration pachydermique qui fait suite à l'hypérémie passive des mains et des pieds, en imposerait pour l'éléphantiasis.

La chute des poils se produit par la partie externe des sourcils, elle a lieu sur tout le corps, excepté au cuir chevelu ; la barbe s'éclaircit, la peau prend un aspect séborréique. Alors apparaissent, dans les taches déjà existantes, les tubercules intradermiques et hypodermiques, du volume d'un pois et d'une noisette. L'infiltration plus ou moins étendue, les congestions, les lymphangites réticulaires, les





ulcérations et les cicatrices donnent à la lésion un aspect polymorphe.

La face bouffie, ses plis creusés produisent le masque léonin ou léontiasis lépreux caractéristique. Aux ongles l'*onyxis* et la *périonyxis lépreuses* sont fréquentes. Les ulcérations simulent l'ulcère variqueux. Aux extrémités digitales, la lèpre mutilante donne des attitudes vicieuses et amène la chute des phalanges.

L'exanthème est aussi varié, la muqueuse buccale a ses tubercules, son anesthésie, ses ulcérations de l'épiglotte, de la luette et du palais. Le goût est conservé, malgré les lésions scléro-gommeuses de la langue, la syalorrhée, l'haleine fétide.

La muqueuse nasale surtout est infiltrée, ulcérée et croûteuse; le nez s'effondre en *lorquette*.

Les lésions du larynx produisent l'enrouement, l'aphonie; quelquefois, la dyspnée progressive nécessite la trachéotomie.

Le foie, la rate, les ganglions mésentériques sont hypertrophiés.

La mort peut être la suite de cette forme lépreuse; le pronostic est amélioré par le passage de la forme léonine à la forme antonine ou nerveuse.

Dans la *lèpre anesthésique*, ou tropho-névrotique, l'exanthème est toujours au début. C'est le pemphigus prémonitoire, passager, fugace, sans néoplasie. d'où le nom de lèpre lisse. L'exanthème maculeux est celui de la forme tuberculeuse; il existe des taches pigmentaires et apigmentaires (*vitiligo gravior* des anciens). Si le pemphigus se développe

sur des taches érythémateuses, on a la lèpre lazarine. La névrite lépreuse est surtout fréquente aux nerfs cubitaux, sciatiques et trijumeaux. L'épaississement régulier ou fusiforme de ces nerfs (du cubital surtout) et leurs nodosités, sont un très bon signe de diagnostic.

La maladie a débuté par l'hyperesthésie, elle se poursuit dans l'anesthésie ; cette dernière s'accompagne d'amyotrophie, d'où la main en griffe et le steppage dans la marche. Les réflexes sont exagérés ou abolis, la peau se momifie, les os sont dénudés par des crevasses indolentes ; il se produit de la gangrène sèche, du panaris de l'ostéomalacie lépreuse et du mal perforant. La température s'abaisse, le malade meurt dans le marasme ou par une maladie intercurrente.

LES LÉPROSERIES DU LYONNAIS

A Lyon, la rue de la Madeleine, qui va de la grande rue de la Guillotière à la route de Vienne, conserve le souvenir d'une très ancienne chapelle à laquelle était jointe une maladrerie destinée à recueillir les lépreux.

Il ne faut pas confondre cette chapelle bâtie, au commencement du XIII^e siècle, par Renaud de Forez, archevêque de Lyon, avec celle de la léproserie de Saint-Lazare située tout près de là.

La maladrerie de la Madeleine et celle de Saint-Lazare remontent à une époque très reculée. Chatard de Chamarcin, doyen de l'Eglise de Lyon, lègue, dans son testament du 29 août 1283, 15 sols pour pitance aux lépreux de la maladrerie d'outre-Rhône et 2 sols à l'hôpital de Saint-Fons.

Jean de Forez, citoyen de Lyon, fait des legs importants aux hôpitaux de Sainte-Catherine (Terreaux) et de Saint-Irénée (Trion), ainsi qu'aux lépreux de la dite maladrerie dont Etienne de Vassalieu était précepteur à la même époque. Jean de Faverges, citoyen de Lyon, qui y avait fondé 13 lits en l'honneur de

Jésus-Christ et des douze apôtres, en fut administrateur pendant quelques années. En 1520, Jean de Burgondio en était recteur. Cet hospice, réuni à l'hôpital du Pont du Rhône, alors gouverné par l'abbé et religieux d'Haute-Combe, fut repris par ceux-ci, en 1314, à l'abbé et religieux de la Chassagne.

La maladrerie de la Madeleine fonctionnait encore au XVI^e siècle. Une délibération du recteur de l'Aumône générale (Charité) du 14 janvier 1536 ordonna le transfert de Catherine Colonges, veuve de Jean Giraudier, à ladite maladrerie, attendu qu'elle avait été déclarée lépreuse par un rapport des médecins. Une autre délibération des mêmes du 2 juin 1562, accorda aux ladres de la Madeleine et de Balmont une augmentation d'aumônes : 7 sols par semaine, au lieu de 6 sols qu'ils touchaient précédemment.

Par arrêt du Conseil d'Etat, 12 juillet 1696, la maladrerie de la Madeleine fut remise à l'Hôtel-Dieu qui, dès cette année même, commença à enterrer ses morts dans les terrains contigus à la chapelle. C'est l'origine du cimetière de la Madeleine.

* * *

Les deux tiers de la superficie du quartier Saint-Clair actuel occupent l'emplacement de l'ancien territoire de la maladrerie du Griffon, ou bien de Saint-Irénée sur le Rhône, ou encore de Saint-Clair.

En 1373, Jean de Saint-Saturnin tenait la dite maladrerie, comme il appert du texte suivant :

1373 : *Johannes de Sancto-Saturnino, infirmus morbo lepræ, commorans in maladeria du Griffoz, tenet quamdum domum vocatam la Maladière sitam prope recluseriam Sancti-Clari, in ripa Rodani.*

Cette maison appartenait en 1529, à André du Peyrat.

La léproserie de Saint-Clair paraît avoir été supprimée vers le milieu du XV^e siècle. Elle était située à peu près dans l'emplacement de la place des Pénitents de la Croix.

Il existait également à Vaise une importante léproserie, appelée léproserie de Balmont, située à la montée de Balmont à Vaise. Nous trouvons, dans les archives de la ville, que les conseillers de la ville de Lyon nommaient un administrateur de la léproserie de Balmont. Une ordonnance du Consulat de l'année 1455 porte qu'il sera payé aux commis des ladres de Balmont six livres, afin qu'ils n'entrent point dans la ville. Cette lettre est la conséquence d'une lettre patente du roi Charles VII du 15 septembre 1455, dans laquelle il ordonne aux villes de subvenir à tous les frais des ladres pour leur ôter tout motif de s'immiscer dans les affaires publiques. On sait, en effet, que, dans divers pays, les ladres venaient réclamer par la force le paiement des dons qu'on devait leur faire; il résulte de cette ordonnance que les ladres de Lyon ne se faisaient pas de scrupules à ce sujet.

Claude Champier, bourgeois de Lyon, fait bâtir à la maladrerie de Balmont deux chambres pour les ladres étrangers (XV^e siècle).

La dite maladrerie a subsisté jusqu'au XVII^e siècle. Elle avait un chanoine, comte de l'Eglise de Lyon pour gouverneur en 1536.

Il existait, paraît-il une léproserie à Craponne, mais M. le Dr Cénas, de Saint-Etienne, qui s'est occupé de la question, dit n'avoir rien pu vérifier.

Nous devons également à l'obligeance de M. Cénas de nombreux détails sur un foyer lépreux d'autrefois, ayant de nombreuses relations avec le Lyonnais, nous voulons parler du Puy.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DANS LES ENVIRONS DE LYON

Dans l'*Histoire du Velay*, de Francisque Mandet, il est parlé d'une ancienne maladrerie de Saint-Lazare entre Brives et la montagne d'Anis, c'est là qu'on avait trouvé un cimetière romain par incinération (T. I, p. 376).

Jacques de Serres, évêque du Puy, donne aux Chartreux la léproserie de Saint-Lazare sur les bords de la Loire (T. II, p. 280).

Durand de Saint-Pourçain abandonne à la fureur populaire les juifs qui vivent paisiblement dans sa ville épiscopale et ordonne, en 1324, le châtimént des pauvres lépreux des maladreries voisines accusés d'empoisonner les puits et les fontaines (T. IV. p. 99).

D'après Odo de Gissey, Mandet ajoute : C'était un cri général en France que les juifs et les lépreux avaient empoisonné les fontaines. Les Juifs voulant

se venger, ont donné de l'argent aux ladres et ceux-ci qui détestent l'espèce humaine dont ils sont les parias, se sont fait les dociles instruments de leur vengeance. Aux yeux du peuple, les juifs et les lépreux avaient plus d'un trait commun de ressemblance. Ils étaient également sales, vivaient à l'écart de la société qui les repoussait et les méprisait, par conséquent de leur côté ils ne pouvaient guère l'aimer. Ils étaient riches et ces richesses acquises par l'infatigable industrie des uns, par la pitié qu'inspiraient les autres, semblaient des biens volés qu'on avait hâte de saisir. Aussi fit on brûler dans le Velay, comme dans tout le royaume, une grande quantité de juifs et de lépreux dont les biens furent confisqués (T. IV, chap. 3, 1307-1325).

Il y avait une maladrerie à Brives-sur-Loire, à une demi-lieue du Puy. En 1286, il fut passé un acte avec le maître et autres donats ladres de cette maison, par lequel il fut convenu que tous les habitants originaires du Puy qui deviendraient ladres seraient admis dans cet établissement moyennant 7 livres 10 sous *une fois payés*.

« Les malades de Brives, assemblés dans leur chapitre, reconnaissent et confessent que leur maison de la maladrerie a été fondée anciennement par aucun habitant de la ville du Puy, dotée et augmentée de plusieurs terres et possessions, en l'honneur de Dieu, de sainte Madeleine et saint Lazare pour d'iceux biens, à l'avenir et jamais, entretenir et nourrir en ladite maison les pauvres originaires de ladite ville frappés de lèpre, ainsi que cela se pra-

tique de toute ancienneté. Ont confessé avoir été traités et reçus dans la maladrerie en frères et donats à savoir : Guillaume de Saint-Pol, prêtre maistre et recteur de la maison ; Aymard de Pellicy, clerc ; Robert Goncine, Pons de Balayau, Barthélemy Forestier et Jean Darlunde, capitulans et assemblés au son de la cloche, lesquels promettent pour le présent et l'avenir, recevoir dans la maison tous les malades originaires de la ville atteints de la lèpre, en frères et donats, mais à la condition que lesdits malades promettent de garder chasteté et pureté, qu'ils donneront leurs biens et substances à la communauté après leur mort, et seront fidèles obéissans au maître de la maison. Ce qui fut passé par les sus-nommés en ladite maison de Brives, le 3 mai 1291. »

Mandet signale encore comme admis : Elisabeth Oryrande, Estienne Roland, Philippe Valance, Guillaume Ahond (orpheuvre), Thomas de Las Rétaÿres, Laurence Natayre, Etienne Ravel, Marguerite Sommayre, Antoine Aguaneyre...

(Note E. du tome IV (Pièces des Archives des Hospices de la ville du Puy, p. 456).

Titres particuliers : C'est dans ces titres aux Annales 1233, 1305, 1328 que l'on apprend que Saint-Benoît, près de Vals (faubourg du Puy) était une maladrerie appartenant à l'Hôtel-Dieu du Puy.

Tome VI, p. 24 : L'évêque Just de Serres et les habitants du Puy abandonnèrent aux Chartreux la maladrerie de Saint-Lazare, à Brives, en 1627. La famille de Polignac leur ayant donné le château de Villeneuve, au confluent de la Loire et de la Borne

(actuellement petit séminaire) ; dans les champs de Corsac, Chartreuse, cimetière Gallo-romain, maladrerie.

Nous lisons aussi dans le *Guide du Touriste dans le Plateau central* :

Le Puy : « Une grande pierre phonolithe qui paraît avoir fait partie d'une colonne et que le peuple a longtemps appelé la pierre de la lèpre ou des fièvres se voit encore derrière la grille du grand escalier de Notre-Dame.

A la Chaise-Dieu, fontaine des Lépreux (?)

Non loin de Lyon, à Condrieu, existe encore le quartier de la Maladière où fut établi un hôpital de Saint-Lazare, vers la fin du XIV^e siècle.

Un lieutenant de César, Antistius, conduisit ses soldats infectés de lèpre, à Saint-Honoré-les-Bains.

Près des grottes de Saint-Marcel d'Ardèche à 9 kilomètres de St-Martin, existaient encore les ruines de la Madeleine, une ancienne maladrerie des Templiers.

Enfin, qu'il nous soit permis de citer, quoique loin de Lyon, la maladrerie de Valréas, dans laquelle, le 26 juin 1472, eut lieu le mariage d'un ladre de ladite maladrerie avec une lépreuse habitant la maladrerie de Luyne, dans le Comtat. Le contrat fut signé par Pierre Lauri, notaire à Valréas.

OBSERVATION I

Présentée par M. JOURDANET, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Il s'agit d'une malade de 27 ans, non mariée, amenée, il y a quelques jours à la clinique du professeur Gailleton, par M. le docteur , présentant le syndrome défini, par Leloir, sous le nom de *lèpre mixte*. On trouve à la fois les symptômes de la lèpre systématisée, tuberculeuse et nerveuse.

La malade a toujours habité Tourettes, village situé non loin de Nice et travaillait aux champs. Sa mère est morte il y a six ans d'une affection pulmonaire; son père a 75 ans et est en parfaite santé. Elle a six frères ou sœurs, presque tous mariés, ayant de nombreux enfants tous bien portants. La malade n'a jamais quitté son village, et n'a jamais vu de gens présentant la même maladie qu'elle. Elle n'a jamais entendu parler de cas semblables dans la région.

Elle eut une excellente santé jusqu'à la mort de sa mère. A la suite de cet événement, qui lui causa un profond chagrin, elle vit apparaître subitement des rougeurs localisées surtout aux membres inférieurs. Puis, quelques mois après, ces rougeurs se montrèrent aussi sur le dos des mains et bientôt à la

face. Elle vit bientôt, sur ces régions, se montrer des grosseurs plus ou moins saillantes, en même temps qu'elle sentait moins à leur niveau. Ses sourcils et cils tombèrent rapidement. Bientôt, elle vit des plaies se former aux jambes sans aucune espèce de douleur; la malade continuait son travail et ne ressentait pas d'autres troubles qu'un peu de faiblesse et quelques saignements de nez.

Actuellement, la face présente nettement le faciès *léontiasique*; elle est parsemée de tubercules de volumes divers, les plus considérables atteignent le volume d'une noisette. Le toucher les met en évidence encore plus que la vue; on sent, en effet, une série de nodosités dans le tissu cellulaire non adhérent à la peau. La déglabration des cils et sourcils est totale, le cuir chevelu est intact. Sur les pommettes, les *lépromes* sont agminés et donnent la sensation d'une infiltration en nappe.

La peau de la face est sillonnée de varicosités superficielles analogues à celle de l'acné couperosée.

Les paupières présentent quelques nodules discrets; rien dans la bouche, et dans le pharynx; la voix est normale.

La muqueuse nasale est rouge, enflammée; la malade se mouche souvent, les épistaxis sont fréquentes.

Sur le tronc, pas de nodules; on constate seulement des taches hyperchromiques comparables, comme teinte, au pityriasis versicolor. Ces taches se montrent aussi sur les avant-bras.

Sur le dos de la main, *léprome diffus* de couleur lie de vin formant un vaste placard remontant jusqu'à dix centimètres au-dessus du poignet.

A mesure qu'on s'approche du coude on constate à nouveau les lépromes isolés. En certains points, ceux-ci sont adhérents à la peau. A la partie postérieure on sent une chaîne de petites tumeurs situées sur le trajet du nerf cubital. Celui-ci, considérablement épaissi, est à peine senti dans la gouttière cubitale du coude.

Au niveau des membres inférieurs, *léprome diffus* du tiers inférieur du membre. Du côté droit, de vastes ulcérations dont l'une de la dimension de la main. Une autre occupant le bord interne et une partie de la plante du pied. Ces ulcérations sont atones, de mauvaise nature, blafardes, à bords surélevés et découpés à l'emporte-pièce. Le fond est irrégulier, sanieux et sécrète un ichor fétide. En certains points, on note des plaques de sphacèle noirâtres. L'ulcération du pied, notamment, rappelle beaucoup celle du mal perforant plantaire.

Les troubles de la sensibilité existent partout au niveau des lépromes, des ulcérations et des taches hyperchromiques. Pas de dissociation syringomyélique. Atténuation notable, parfois totale, de la sensibilité aussi bien au froid, à la chaleur qu'à la piqure. Pas de retard de transmission, pas de trouble des réflexes. Atrophie nette des éminences thénar. Pas de mutilation d'aucune sorte.

Rien à noter du côté des viscères. Etat général satisfaisant. Pas de température.

Comme on peut en conclure de l'observation précédente, il s'agit bien d'un cas de lèpre mixte, au début, en ce sens que le faciès n'est pas encore absolument déformé, qu'il n'y a pas d'ulcération généralisée et pas de mutilation, mais la maladie est en pleine évolution et progresse chaque jour.

L'étiologie de ce cas est des plus obscures, comme il arrive souvent dans cette affection. Il a été impossible de surprendre le mode de contagé. Nous rappellerons, toutefois, que la malade habite une région où la lèpre existe encore à quelque degré à l'état endémique, témoin la léproserie encore existante de San-Remo (Italie). D'autre part, le village de Tourettes lui-même est cité dans une thèse récente comme ayant été un foyer de lépreux, il y a une cinquantaine d'années (*La lèpre à Marseille*, Achille Perrin, thèse, Lyon 1899).

Le diagnostic, affirmé déjà par l'examen clinique, a, d'ailleurs, reçu l'appui de l'examen bactériologique. Nous avons, en effet, M. Aubert, pharmacien en chef de l'Antiquaille, et moi, constaté la présence du bacille de Hanseu, d'une part, dans le mucus nasal, d'autre part, dans une goutte de sang recueillie au niveau d'un léprome. Il s'agit d'un bacille très analogue à celui de la tuberculose et colorable par les mêmes procédés. Les bacilles étaient assez rares. Peut-être observerons-nous la confluence signalée par les auteurs dans un fragment de léprome enlevé par biopsie, et que nous nous proposons d'observer en coupe; en tous cas le diagnostic paraît d'ores et déjà nettement affirmé.

Nous verrons plus loin la discussion de ce cas ; qu'il nous suffise de dire que la malade, actuellement en traitement dans le service de M. le professeur Poncet, est en voie d'amélioration. Les ulcérations pansées avec toute l'asepsie désirable, semblent se cicatriser. La face paraît s'améliorer quelque peu ; l'état général est satisfaisant.

OBSERVATION II

de M. LANNOIS, *Lyon Médical* (3 novembre 1889).

M. Lannois, suppléant M. le professeur Lépine, présente une malade, âgée de 39 ans qui, depuis trois ans et demi, est atteinte de lèpre tuberculeuse. Elle a contracté cette affection à Cayenne, où elle habitait depuis l'âge de seize ans, vraisemblablement en lavant le linge d'une lépreuse, peut-être aussi par contact d'une famille lépreuse qui habita, pendant un certain temps, la même maison qu'elle.

La maladie a débuté par l'apparition, sur le poignet gauche, d'un certain nombre de petites élevures blanchâtres qui restèrent stationnaires pendant près d'un an. Puis des boutons et de petites plaques brunâtres apparurent sur les jambes, le corps et la face, par poussées successives ; la plus considérable de ces poussées s'est produite, il y a un an, à la suite d'une variole légère contractée à Montpellier.

Elle présente, sur la face, un certain nombre de tubercules disséminées sur le front, les joues. les ailes du nez (où ils sont très saillants), les lèvres et

le menton. Sur le front, au-dessus du sourcil droit, les lépromes sont confluents et forment une sorte de plaque rouge violacée. Ces plaques se retrouvent sur les avant-bras, au niveau des coudes, au niveau des mollets, tandis que tout le reste du corps est parsemé de taches brunes plus ou moins foncées, avec épanouissement de la peau à leur niveau. Les lépromes ont envahi le tissu cellulaire sous-cutané, en divers points et aussi les muscles, notamment au mollet où les muscles contiennent des tumeurs, du volume d'un œuf de pigeon, mobiles dans les mouvements.

A la face interne de la lèvre inférieure on retrouve quelques tubercules saillants non ulcérés. La langue est desquamée par places. Le voile du palais est couvert d'ulcérations serpiginieuses à fond jaunâtre ; il a en même temps un aspect ratatiné, surtout marqué au niveau de la luette qui paraît comme raccourcie. Il y a vraisemblablement aussi des lésions du larynx, car la voix est rauque. La respiration nasale est gênée et les épistaxis fréquentes. Les autres muqueuses, notamment la conjonctive, paraissent indemnes ; les cils et les sourcils sont conservés. Rien dans les viscères ; vomissements assez fréquents. Il n'existe, comme troubles de la sensibilité, qu'une anesthésie marquée du petit doigt, de la moitié interne de l'annulaire et de la partie correspondante du dos de la main à gauche. Partout ailleurs la malade aurait plutôt de l'hyperesthésie ; la sensibilité au froid, est très développée, surtout au niveau des jambes.

Il existe de la sensibilité exagérée à la pression sur tous les os, sauf ceux du crâne et de la face. Précisément, les os présentent des lésions qui ne sont pas habituelles à la lèpre : à la face antérieure du tibia droit, on trouve deux exostoses volumineuses et douloureuses à la pression ; il en est de même du tibia gauche, où l'on voit une tumeur semblable.

Ces lésions et ces douleurs osseuses pourraient faire songer à la syphilis, d'autant plus que la malade disait avoir contracté de son mari un écoulement qui aurait duré quatre à cinq mois ; mais elle est très affirmative sur le fait qu'il ne s'agissait que d'une blennorrhagie et qu'elle n'a pas eu le moindre accident attribuable à la vérole. Ce point obscur ne put malheureusement être éclairci par le traitement anti-syphilitique. En effet, nous lui avons donné de l'iodure à la dose de quatre grammes et, dès le lendemain, nous assistions à une poussée aiguë avec érythème étendu, douleurs très vives et fonte des lépromes sur une étendue de dix centimètres environ au niveau de la face interne de l'avant-bras droit. Les produits de cette ulcération, examinés par M. L. Blanc, ont montré la présence du microbe caractéristique de la lèpre ; sous l'influence de l'huile de Chaulmoogra portée progressivement à 70 centigrammes, il s'est produit une amélioration du côté du pharynx. Mais il y a plutôt aggravation des lésions cutanées sur lesquelles nous avons vu se développer deux poussées érysipélateuses spontanées (à la face et au bras gauche) avec élévation

de la température. L'état général est plus mauvais, la malade s'alimente mal, et depuis quelques jours elle a l'œdème des membres inférieurs.

OBSERVATIONS III ET IV

Nous avons vu, il y a cinq ans, à la clinique de M. le professeur Augagneur, un lépreux qui, 8 ans auparavant, avait fait un séjour à la Guyane. Il avait le faciès léontiasique parfait : front tuméfié, sourcils disparus, série de lépromes occupant toute l'épaisseur du derme déformant le nez, la bouche et le menton. Le palais était criblé d'érosions, etc. Tout le corps avait perdu sa coloration normale ; seules les régions sus-claviculaires ont une teinte de peau naturelle.

Œdème des extrémités avec transformation des doigts en formes bizarres ; phlyctènes, macules aux membres. Une phalange des orteils avait, je crois, été éliminée sans douleur.

Telles sont les données que nos notes d'alors nous permettent de résumer.

Le malade est retourné à l'Antiquaille, ces temps derniers, où il a subi une opération.

L'an dernier un autre lépreux est venu demander des soins à la clinique de M. le professeur Augagneur.

C'est un total de deux lépreux en 5 ans, dans ce service. Mais tous deux ont pris leur lèpre en pays étranger.

DISCUSSION

Tous les malades présentés sont étrangers à la région lyonnaise ; trois d'entre eux ont contracté la lèpre dans les colonies. La seule conclusion que leur observation puisse entraîner c'est que nous sommes chaque jour exposés à recevoir de l'étranger ou des colonies des malades en incubation de lèpre, qui vont vivre au milieu de nos populations et menacent de propager leur mal autour d'eux, lorsque leurs conditions d'hygiène donnent prise à la contagion. On voit combien il est nécessaire de diagnostiquer dès le début cette affection.

Or, c'est à cette période que le diagnostic renferme le plus de difficultés. Nous avons vu, dans les symptômes de la lèpre, des maladies de toute sorte ressembler à cette affection. C'est surtout avec la syringomyélie, type Morvan, s'accompagnant de panaris des extrémités supérieures, d'anesthésie, qu'on pourrait la confondre. MM. Pitres et Sabrazès ont tracé les grandes lignes du diagnostic.

On examinera surtout le nerf cubital qui reste intact dans la maladie de Morvan ; l'anesthésie

segmentaire et souvent unilatérale qui diffère essentiellement de l'anesthésie lépreuse, symétrique et rubanée. Pas de scoliose, pas d'arthropathie, de contracture ni de trépidation épileptoïde dans la lèpre. Il est vrai que ces auteurs, à l'exemple de Zambaco, ont prétendu que la syringomyélie n'était qu'une modalité de la lèpre avec preuves bactériologiques à l'appui.

Dans un récent article, M. Sabrazès conseille de pratiquer la résection du petit filet nerveux sous-cutané superficiel, dans une zone analgésique; s'il s'agit de lèpre, la recherche du bacille sera toujours positive. On devra alors surveiller le malade et l'évolution progressive de la maladie lèvera tous les doutes. La radiographie donnerait dans le doigt lépreux le moyen de constater la résorption progressive et spontanée du squelette des phalanges, ainsi que les sillons d'étranglement qui constituent une modalité d'Ainhum; au contraire, dans un cas particulier, une main de syringo-myélique donne à la radiographie plutôt une tendance à l'acromégalie. En outre, d'après Jeanselme dans le type Morvan, les panaris restent souvent cantonnés aux extrémités supérieures, parfois même à une seule main. La paralysie faciale est rare et d'origine centrale; la trépidation épileptoïde serait commune; lui aussi recommande la recherche du bacille, mais la déclare souvent impossible dans les nerfs et surtout dans les taches achromiques. Or, c'est surtout dans ces formes aphyomatodes que la recherche bactériologique est le plus utile. Kalendero, de Buc-

karest, dit qu'on trouve constamment le bacille spécifique dans le pus de vésicatoires appliqués sur la peau exempte de taches ou d'altérations tropho-neurotiques. Cependant cette méthode n'est pas toujours infallible; il faudrait à cela ajouter la recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal. Cette méthode est certainement la meilleure.

« D'autres diagnostics ne sont pas moins difficiles : les crevasses, les altérations vitiligineuses, les éruptions bulleuses et les dermato-scléroses secondaires d'origine lépreuse ressemblent aux engelures au vitiligo vrai ou pemphigus, à la morphee et à la sclérodactylie. Il faudra alors, pour se prononcer dans un sens ou dans l'autre, rechercher l'intégrité ou l'abolition de la sensibilité. M. Jeanselme a indiqué, pour faire le pronostic dans beaucoup de cas, ce qu'il appelle les *stigmata permanents* de la lèpre :

1° L'anesthésie disposée en îlots au niveau des taches hyperchromiques ou achromiques, ou réparties symétriquement aux extrémités des membres

2° Le gonflement et l'état moniliforme des nerfs accessibles à la palpation et surtout des nerfs cubitaux.

3° La chute des sourcils.

4° Les cicatrices superficielles, lisses et gaufrées que ces tubercules et les bulles de pemphigus laissent après eux, au niveau des coudes et des genoux.

5° La rhinite et les épistaxis qui sont souvent les signes initiaux et révélateurs de la lèpre.

6° Les altérations oculaires.

7° Les altérations des organes génitaux. »

Nous ne saurions passer sous silence le remarquable travail de M. le Dr Cénas, de Saint-Etienne, sur un cas de scrofulide maligne des extrémités simulant l'aspect de la lèpre.

A l'examen du malade habitant la région du Puy, que nous avons signalée plus haut comme un ancien foyer lépreux, on pensa d'abord à un cas de lèpre atténué, comme celle décrite par Zambaco et Magitot, chez les cagots de Béarn. Il existait des taches symétriques avec tendance à l'auto-amputation des bras, des tubercules nombreux et un œdème d'aspect éléphantiasique, mais le cubital était intact, le début avait été précoce, la sensibilité était normale et l'examen bactériologique fut négatif. Or, M. Cénas conclut que la lèpre atténuée n'existait plus en France. L'autorité de M. Cénas nous est garant de son diagnostic, mais ce cas isolé ne saurait prouver qu'à côté de lui, il n'existe pas des cas indéniables.

Il s'appuie sur la non-hérédité de la lèpre pour établir qu'elle n'a pu persister aussi longtemps. Or, d'après le travail de M. Besnier, lu à la conférence de Berlin, la question de la contagion et de l'hérédité est encore en suspens. Nous l'avons vu, d'ailleurs, dernièrement, à la Société Médicale de Lyon, où cette question a été encore agitée. Cependant, la persistance de la lèpre dans le midi de la France et le nord de l'Italie, sans qu'on ait constaté de réinfections nouvelles, irait à l'encontre de cette théorie. Il n'est pas douteux, pourtant, que le rôle de la contagion

soit de beaucoup supérieur, comme le prouve le rapide accroissement des foyers récents.

Quelle conclusion tirer de la malade de Tourette? Ya-t-il chez elle hérédité ou contagion? C'est ce qu'on ne pourrait dire. Aucun membre de sa famille, dit-elle, n'est atteint de la terrible affection. Tourette est un village situé au sommet d'une colline à dix kilomètres de Nice. Les habitants n'ont que peu de rapport avec les environs, les voyageurs n'y viennent guère. Il faut donc admettre, dans ce pays, signalé tout bas dans les campagnes environnantes, comme un foyer lépreux, il faut admettre, disons-nous, une contagion directe, se produisant localement depuis longtemps, ou une importation fréquente de la maladie par le voisinage des côtes. Dans le premier cas, pourquoi n'aurions-nous pas, dans d'autres régions, dans le Béarn (cagots), dans la Bretagne (caqueux), une reproduction de ce qui se passe à Tourette? Pourquoi la lèpre ne s'y serait-elle pas perpétuée, en s'atténuant, chez ces dégénérés, où les conditions d'hygiène ouvraient une large porte? De là à conclure aussi que d'autres foyers anciens existent encore, surtout en des régions où la lèpre abondait, au Puy, à Lyon, par exemple, rien n'est plus rationnel. L'infection, d'ailleurs, peut exister dans les régions où sont venus récemment les lépreux signalés depuis quelques années. Avec la longue incubation de la lèpre, nous pouvons avoir en puissance des cas nombreux qui apparaîtront au premier moment et, si un diagnostic rapide ne vient pas donner l'alarme et faire prendre des mesures

hygiéniques et prophylactiques, nous verrons comme en Espagne, les léproseries revivre encore plus populeuses qu'autrefois (1)

(1) Faut-il assimiler à la lèpre ce mal affreux dont il est parlé dans les écrits du Moyen-Age, sous les noms les plus divers : Mal de saint Antoine, de saint André, sainte Geneviève mort inique, feu sacré, feu divin, *ignis silvester*, *gehennæ*, de saint Firmin, infernal, des enfers, mal persan, mal justicier, feu sous cutané, feu de la Sainte-Vierge et qu'on connaît plus communément sous le nom de feu sacré de saint Antoine ?

Les descriptions qui en ont été faites varient sur bien des points, mais, dans toutes, on rencontre ce feu sacré, *ignis ardens*, qui poursuit le malade et le consume. C'est ce même feu dont Virgile parle dans les *Géorgiques*, au livre III, maladie dont l'origine était inconnue. C'était un feu intérieur, un mal invisible produisant des souffrances intolérables. La peau devient livide, la chair est séparée des os et dévorée peu à peu. La mort n'arrive que très tard, quand les parties les plus vitales sont atteintes, et à côté de ce feu brûlant les membres sont saisis d'un froid glacial. Les membres atteints sont bientôt séparés du corps. Les jeunes, les vieux, les jeunes vierges elles mêmes ont les pieds, les mains, les seins et, ce qui est plus grave, le visage brûlé et la mort s'ensuit bientôt. Un autre a la région où le pied se joint au tibia atteinte par une noirceur qui se tuméfie et à laquelle s'ajoute un feu qui dévore (*Chron. Mellicus*, p. 90).

Le *Dictionnaire de Trévoux* en fait une sorte d'érysipèle. Pour d'autres c'est de la gangrène, de l'ergolisme, du zona, de l'herpès. Pour Littré, c'est une sorte d'érysipèle gangréneuse. Quelques-uns en ont fait un mal honteux qui s'attachait au fondement; c'est ainsi que serait mort Henri V d'Angleterre. Le mal s'attaquait au visage. « Une femme ayant dans le nez et sur les lèvres le feu sacré, vient à l'église de N.-D. de Soissons, offrit une chandelle; son feu s'éteint, mais il lui resta comme témoin une infirmité qui se cachait sous une panne humide » (Et. de Bourbon: *Anecdotes historiques*).

Devant ces textes aussi variables il est impossible de déter-

Que de fois, d'ailleurs, et c'est l'avis de M. le professeur Poncet, formulé à la discussion récente de la Société des Sciences Médicales de Lyon, des cas de lèpre très nets, ont dû passer inaperçus et non diagnostiqués ! Il aurait suffi que l'attention fût appelée là-dessus pour provoquer un examen bactériologique et trancher la difficulté.

On pourra alors indiquer aux malades quels sont les modes de transmission de ces maladies, comme on le fait, d'ailleurs, pour les tuberculeux, et c'est ainsi qu'on évitera tout aussi sûrement qu'au Moyen-Age et avec des moyens beaucoup moins barbares, une épidémie d'autant plus redoutable que l'incubation est plus lente et le pronostic fatal.

Par une hygiène appropriée, en fortifiant l'organisme, en donnant au moral le calme et l'espérance, le malade pourra lutter avantageusement.

Repos, propreté, diététique seront la base du traitement. L'ichthyol, l'huile de Chaulmoogra, le fer et l'arsenic en sont le traitement général; les ulcérations seront pansées avec l'emplâtre de Vigo ou toutes les solutions antiseptiques.

miner le mal dont il s'agit. Est-ce la peste, la lèpre, ou la syphilis d'une intensité extrême, ou plutôt ne serait-ce pas des complications gangréneuses ou érysipélateuses des plaies produites par ces diverses maladies ? C'est ce qu'on ne saurait prouver.

CONCLUSION

Nous avons observé, ces temps derniers, dans le service de M. le Professeur Poncet, un très beau cas de lèpre, chez une femme envoyée à la Clinique par M. le Professeur Gailleton, et qui avait été présentée ainsi que son observation, à la Société des Sciences Médicales au mois de mai dernier, par M. Jourdanet, chef de clinique à l'Antiquaille.

L'examen bactériologique avait, à chaque fois, révélé la présence du bacille de Hansen-Neisser.

Cette malade peut être considérée comme venant d'un foyer méditerranéen. Elle venait d'un petit village voisin de Nice, de Tourettes.

A ce propos, et en tenant compte de la thèse de M. Perrin, récemment soutenue à la Faculté sur la Lèpre à Marseille, nous avons, suivant le conseil de M. Poncet, recherché ce qu'il pouvait en être de cette maladie dans la région lyonnaise.

En tenant compte, en effet, de ses souvenirs sur quelques malades atteints d'affections cutanées bizarres et qui paraissaient tout à fait semblables à quelques-uns d'entre ceux dont M. Perrin avait donné des photographies dans sa thèse, il lui semblait s'être vu plusieurs fois en présence de mani-

festations lépreuses et non diagnostiquées comme telles.

D'après les renseignements que nous avons recueillis, trois cas de lèpre très nets, en dehors de celui dont nous publions l'observation auraient été traités depuis quelques années, dans nos hôpitaux de Lyon.

La seule conclusion que nous puissions tirer des quelques investigations auxquelles nous nous sommes livrés, c'est qu'à l'heure actuelle, il faut certainement songer à l'existence possible de la lèpre dans le milieu où nous nous trouvons ; que, dans des cas douteux et d'affections cutanées, il faut dans les sécrétions nasales, dans le sang rechercher la présence du bacille caractéristique.

Lyon fut autrefois, ainsi que nous le montrons dans notre travail, un foyer lépreux important, et il est fort probable qu'ici, comme dans d'autres régions de la France, comme en Espagne, en Italie, etc., le foyer n'est point complètement éteint, et qu'à côté de la forme classique peuvent se trouver des formes atténuées bien mises en évidence par Zambaco-Pacha, et qu'il convient de diagnostiquer.

Vu :

Le président de la thèse,
PONCET.

Vu :

Le doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le recteur, président du Conseil
de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LELOIR. — Traité de la lèpre.

JEANSELME. — La lèpre et la syringomyélie, Congrès de Berlin, 1897.

SABRAZÈS (de Bordeaux). — Compte rendu du Congrès de Berlin, 1897.

E. BESNIER. — Rapport au Congrès de Berlin, 1897.

EHLERS. — La lèpre en Espagne, *Presse Médicale* du 16 octobre 1898.

DESVERNAY. — Notes sur Lyon.

CÉNAS. — Lèpre nostras (scrofulide maligne), *Loire Médicale* 1898.

Achille PERRIN. — La lèpre à Marseille, Thèse de Lyon, janvier, 1899).

GUIGUE. — Le mal de saint Antoine (Légende du grand saint Antoine).









